



MARIENKRANKENHAUS VORAU  
GEMEINNÜTZIGE GMBH

**Marienkrankenhaus Vorau Gemeinnützige GmbH**

Spitalstraße 101 | A-8250 Vorau  
Tel: +43 (0)3337 2254 | Fax: DW 60

E-Mail: mkh-vorau@marienkrankenhaus.at  
www.marienkrankenhaus.at

Marienkrankenhaus Vorau gGmbH | Spitalstraße 101 | A-8250 Vorau

Patientenetikette

Erhebungsdatum: \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Bezugsperson!**

Die Inhalte dieses Bogens sollen bei der Eingliederung Ihrer Angehörigen in den Krankenhausalltag helfen.

**Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen im Pflege – Stützpunkt ab!  
Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mithilfe!**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Ihr:e Angehörige:r möchte angesprochen werden als Herr/Frau</b>         |  |  |
| <b>Muttersprache</b>   | <b>früherer Beruf</b> (z.B. Landwirt:in)   |  |
| <b>Bezugsperson</b>  | <b>Telefonnummer</b>   |  |
| <b>Kennwort</b> (ohne Angabe eines Kennwortes KEINE telefonische Auskunft) |  |  |
| <b>Gesetzliche Vertretung</b>  | <input type="checkbox"/> Nein  |  |
|  | <input type="checkbox"/> Ja Name: _____ Tel.nr.: _____<br><b>Urkunde bitte in der Anmeldung abgeben – nachbringen!</b> |  |
| <b>Patient:innenverfügung</b>  | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja  |
| <b>Pflegegeld</b>  | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja, Stufe _____   |
| <b>Fremdkörper/Metalle im Körper</b>                                       | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja – Welche bzw. Wo?  |
| <b>Sturzrisiko zu Hause</b>  | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja – Welche Maßnahmen werden zu Hause gesetzt?  |
| <b>Schmerzäußerungen zu Hause</b>  | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja Wann treten diese auf? _____<br>Wie werden sie geäußert? _____<br>Welche Maßnahmen helfen? _____<br>_____  |
| <b>Einschränkung beim Hören</b>  | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja, Welche? _____<br>Hörgerät vorhanden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> mitgebracht   |
| <b>Einschränkungen beim Sehen</b>  | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja<br>Brille vorhanden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> mitgebracht<br>Kann Text gelesen werden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| <b>Kontaktverhalten zu Hause</b>   | Sucht Kontakt  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  |
|  | Lehnt Kontakt ab   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  |
|  | Teilt mit, was er/sie benötigt   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  |
| <b>Besonderheiten beim Essen und Trinken</b>                               | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja<br>Vorlieben:<br>Abneigungen:<br>Schluckstörungen:<br>Hilfsmittel/spezielle Maßnahmen:   |



MARIENKRANKENHAUS VORAU  
GEMEINNÜTZIGE GMBH

**Marienkrankenhaus Vorau Gemeinnützige GmbH**

Spitalstraße 101 | A-8250 Vorau  
Tel: +43 (0)3337 2254 | Fax: DW 60

E-Mail: mkh-vorau@marienkrankenhaus.at  
www.marienkrankenhaus.at

Marienkrankenhaus Vorau gGmbH | Spitalstraße 101 | A-8250 Vorau

| <b>Gewohnheiten im Tagesverlauf (Rituale, Hilfestellungen)</b>   |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Morgens  | Mittags                                       | Abends  | Nachts  |
| <b>Schlafen und Schlafgewohnheiten</b>   |   |   |   |
| Schläft gut <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  |   | Geht zu Bett gegen _____ Uhr  |   |
| <b>Abendrituale:</b>   |   | Schläft gerne bis _____ Uhr   |   |
|  |   | <b>Nachtaktiv</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |   |
| <b>Herausfordernde Verhaltensweisen</b>  |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Abwehrendes Verhalten bei der Körperpflege  | <input type="checkbox"/> Ängste               | <input type="checkbox"/> Antrieb gesteigert                                 | <input type="checkbox"/> Antrieb vermindert     |
| <input type="checkbox"/> Wiederholende Geräusche   | <input type="checkbox"/> unangemessenes Rufen | <input type="checkbox"/> bedrohliches Verhalten                             | <input type="checkbox"/> Beschuldigungen        |
| <input type="checkbox"/> „nach Hause wollen“   | <input type="checkbox"/> Misstrauen           | <input type="checkbox"/> Nahrungsablehnung                                  | <input type="checkbox"/> Medikamenten-ablehnung |
| <input type="checkbox"/> Einpacken   | <input type="checkbox"/> Rückzug              | <input type="checkbox"/> Teilnahmslosigkeit                                 | <input type="checkbox"/> Ruheloses Umhergehen   |
| <input type="checkbox"/> Aufräumen   | <input type="checkbox"/> Unruheverhalten      | <input type="checkbox"/> Weglauftendenzen                                   | <input type="checkbox"/>                        |
| <b>In welcher/welchen Situation(en)?</b>   |   |   |   |
| <b>Gibt es bewährte Hilfestellungen?</b> <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, Welche?                               |   |   |   |
| <b>Besondere Verhaltensweisen zu Hause?</b> <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, Welche?                            |   |   |   |
| <b>Besondere Verhaltensweisen in fremder Umgebung?</b> <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, Welche?                 |   |   |   |
| <b>Gibt es Gegenstände oder Rituale, welche der Beruhigung dienen?</b> <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, Welche? |   |   |   |
| <b>Bei ständigem Rufen – Nach wem wird gerufen?</b>  |   |   |   |